

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 771. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme der Leistungen des Abschnitts 37.6 und der Anpassung weiterer Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2025**

---

### **1. Rechtsgrundlage**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

### **2. Regelungshintergrund und -inhalte**

Mit Wirkung zum 1. April 2025 werden im Zusammenhang mit der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL) durch Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 111. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) der Abschnitt 37.6 in den EBM aufgenommen sowie die Gebührenordnungspositionen 22220 im Abschnitt 22.3 EBM und 23220 im Abschnitt 23.3 EBM angepasst.

Der Bewertungsausschuss empfiehlt die Leistungen des Abschnitts 37.6 EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu finanzieren. Die Überführung dieser Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt gemäß Nr. 5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014, oder entsprechender Folgebeschlüsse, zu einem Verfahren zur Aufnahme von neuen Leistungen in den EBM.

Die Aufnahme des Abschnitts 37.6 in den EBM und die Änderung der Gebührenordnungspositionen 22220 und 23220 des EBM führen nicht zu Einsparungen bei anderen Gebührenordnungspositionen (keine Substitution).

Da die erforderliche Vergütung für die zusätzlichen Leistungen derzeit nicht genau quantifiziert werden kann, empfiehlt der Bewertungsausschuss, die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 22220 und 23220, die im Behandlungsfall häufiger als 15-mal und bis zum gemäß EBM geltenden Höchstwert berechnet werden gesondert zu kennzeichnen und zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu finanzieren. Die Überführung dieser gekennzeichneten Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt gemäß Nr. 5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014, oder entsprechender Folgebeschlüsse, zu einem Verfahren zur Aufnahme von neuen Leistungen in den EBM.

### **3. Inkrafttreten**

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. April 2025 in Kraft.